Aus der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses
München-Schwabing.
Referent: Dozent Dr. Josef Vonkennel.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Skandinavien, England, Frankreich, Italien u. U. S. A. unter besonderer Berücksichtigung der neueren Ergebnisse und Bestrebungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Carlheinz Sennhenn

München 1939

Pilger-Druckerei G. m. b. H., Speyer a. Rh.

Meiner lieben Mutter Else (Neu) Sennhenn
Und meinem lieben Vater Otto Johann Sennhenn
in Dankbarkeit gewidmet.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München.

Eine der wichtigsten Aufgaben eines Staates ist die Überwachung der Volksgesundheit. Um den Bestand eines Volkes zu sichern, ist es notwendig, alle Gifte und Gefahren dem Vokskörper fernzuhalten und in unermüdlichem Schaffen an der Erhaltung der biologischen Gesundheit und Förderung derselben zusammen mit rassehygienischen Maßnahmen zu arbeiten. Der schönste Preis ist die Aussicht auf Schaffung eines Volkes, bestehend aus geistig und körperlich gesunden sowie rassisch unvermischten Menschen. Innerhalb der rassehygienischen und bevölkerungspolitischen Aufgaben des Staates und der allgemeinen Ausrichtung der Medizin nach volksgesundheitlichen Bedürfnissen ist die erfolgreiche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht das geringste zu lösende Problem.

Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Einzelnen und die Allgemeinheit, d. h. den Volkskörper, ist eine so wichtige und gefährliche, daß einige Zahlen darüber berichten sollen. L e n z schätzte für die Zeit nach 1927 einen Reichsdurchschnitt in Deutschland für die Häufigkeit der Syphilis von 2%, an Gonorrhoe sollten 40—50% aller Männer und 20—25% aller Frauen mindestens einmal während ihres Lebens erkranken. In den letzten Jahrzehnten sollen 10% aller Syphilitiker an der Zerstörung des Zentral-Nervensystems und über 20% an der Zerstörung der Aorta zugrunde gegangen sein. Da aber die Syphilis noch in anderer Weise als Todesursache auftritt, gingen schließlich über 30% aller Syphilitiker an ihrer Krankheit zugrunde. Wie L e n z berichtet, starben in Großstädten (Berlin, Hamburg) jährlich 15% aller Männer an Syphilis im ganzen Reich schätzungsweise 50 000 Männer jährlich. Von 12 Millionen Ehen Deutschlands sollen 1½ Millionen dauernd kinderlos sein, davon 500 000 jeder Generation wegen Gonorrhoe, sodaß in jeder Generation viele Millionen Kinder wegen Gonorrhoe der Eltern nicht geboren werden.

Inwieweit diese Zahlen, die L e n z auf Grund von Statistiken schätzte, verwertbar sind, entzieht sich meiner Kenntnis. Jedenfalls bedeutet diese außerordentlich hohe Erkrankungsziffer einen immensen Geburtenausfall infolge syphilitischer Totgeburten, gonorrhoischer Sterilität, abgesehen von einer Anzahl kongenital-syphilitischer und schwächlicher Kinder. Das alles bedeutet neben den erwähnten volksgesundheitlichen Schäden eine außerordentlich hohe finanzielle Belastung, die ja in letzter Linie das Volk selbst zu tragen hat.

J u n i u s, A r e n d t, K r a e p e l i n, M e n d e l, D r a g a n e s c u und R e i n h e r n stellten eine Untersuchung über die

Nachkommenschaft metasyphilitischer Familien an, von denen 23% überhaupt steril waren. Hinsichtlich der Geborenen ergab sich: 34% Fehlgeburten (Aborte), 30% in den ersten Lebenstagen verstorbene Kinder und 36% am Leben erhaltene, aber syphilitisch stigmatisierte Kinder.

Nach Spiethoff und Gottschalk (1936) sind in Deutschland 25% aller unfruchtbaren Ehen (einschließlich den gewollt unfruchtbaren) und den wegen zu kurzer Dauer der Ehe unfruchtbaren) infolge Gonorrhoe unfruchtbar. 5% aller Krankenhausinsassen der Großstädte sind einschließlich aktiver und latenter Syphilis an dieser Volksseuche erkrankt. Für die gesamte erwachsene Reichsbevölkerung ergibt sich eine Erkrankungsziffer an Syphilis von $1^1/_2$%. Der jährliche Geburtenausfall durch Gonorrhoe beträgt 35—40 000. An 30 000 jährlichen Totgeburten ist der Anteil der Syphilis 7—10% = 2—3 000 Kinder; dazu kommen rund 2 000 Kinder infolge erhöhter Sterblichkeit durch kongenitale Syphilis. Der jährliche Gesamtverlust an Kindern durch venerische Infektion beträgt also mindestens 45 000.

In einem Aufsatz von L. W. Harrison (London) sind nach Giles in England 10—16% aller Ehen steril, wovon 10,9% auf Gonorrhoe zurückzuführen sind, was gleichbedeutend ist mit gonorrhoischer Sterilität in 1% aller Ehen überhaupt.

Merril Moore und Houston Merrit berichten für die Zeit von 1912 bis 1934, daß Gehirnsyphilis in 9,3% aller Aufnahmen in die Bostoner (Massachusetts U.S.A.) Psychiatrische Klinik die Ursache einer Geisteskrankheit war. Nach Thomas Parran (Surgeon General U. S. Public Health Service) sind in U.S.A. 10% aller Geisteskrankheiten, 18% aller Herz- und Gefäßkrankheiten auf Syphilis zurückzuführen. Im gleichen Aufsatz werden nach Haven Emerson für eine bestimmte Gruppe von geburtshilflichen Kliniken, die Wassermann-Reaktionen bei allen Klinikaufnahmen machen, 4,3% positive Syphilisfälle angegeben.

Austin W. Cheever berichtet, daß in den geburtshilflichen Kliniken in Boston 1,19% der Blutuntersuchungen sicher positiv und 1.99% positiv und zweifelhaft sind (1935). Die Untersuchungen wurden mit dem Hinton-Test gemacht, der 1923 in den gleichen Kliniken noch 8,03% positive und zweifelhafte Proben ergab, was also gegenüber der vorher genannten Zahl einen wesentlichen Fortschritt bedeutet.

W. F. Snow kommt zu einer wesentlich höheren Zahl bei 268 Kliniken, in denen 6% der weißen und 18% der schwarzen Frauen syphilitisch infiziert waren.

J. Grant Marthens schätzt, daß ungefähr 25% aller verheirateten Männer in U.S.A. Gonorrhoe erwerben, von denen wieder 75% ihre Frauen anstecken. In der gleichen Zeitschrift werden 186 000 Mütter mit akuter Syphilis für die U.S.A. angegeben.

Von 30.205 Wassermann-Reaktionen im Grady-Hospital in Atlanta (Georgia U.S.A.) waren 6,43% bei den weißen Patienten, 25,01% bei den Negern positiv (Peuillin).

Eine Klinik der „League for Social Prophylaxis" in Argentinien berichtet über die 3 Jahre ihres Bestehens, daß 20% aller männlichen Heiratskandidaten, die zur Untersuchung kämen, sich im ansteckungsfähigen Stadium der Syphilis oder Gonorrhoe befänden und behandelt würden. Aus diesem Beispiel spricht besonders eindringlich, wieviel Unglück, Krankheit und Kosten durch Einrichtung derartiger Beratungsstellen verhindert werden kann.

Bei den primitiven Völkern Asiens, Afrikas usw. haben die Geschlechtskrankheiten eine ungeheure Verbreitung. Nach Untersuchungen von Ellis H. Hudson und Susan S. Crosby sind 90% der Bevölkerung des Gebietes von Deiz-ez-Zar (Syrien) syphilitisch, Frauen und Männer in gleicher Anzahl. Syphilis, genannt „bejel", wird schon in der Kindheit erworben. Im Gegensatz zu unserer Syphilis greift diese nicht die Verfassung des Körpers noch lebenswichtige Gewebe an. Die meisten Kinder behandelt man überhaupt nicht, da man allgemein glaubt, daß die Krankheit aufhören würde mit dem Verschwinden der ersten Erscheinungen. Entsprechend den Lebensverhältnissen der Beduinen ist es natürlich sehr schwer, die Krankheit auszurotten. Der gutartige Charakter der „bejel" und die Tatsache, daß sie kongenital anscheinend nicht übertragbar ist, sprechen für eine uralte, eingesessene Erkrankung.

Furchtbar scheinen die Verhältnisse in Indien zu liegen. Navayaurao berichtet über die Präsidentschaft Bombay, daß 25% aller Frauenkrankheiten auf Gonorrhoe beruhten, ebenso 50% aller Unfruchtbarkeit. 30% aller blinden Kinder seien durch Gonorrhoe der Mutter erblindet, 25% aller Tauben und 50% aller Idioten auf Lues zurückzuführen. Eine 1935 veranstaltete Zählung in Indien (571 Ortschaften) ergab für Syphilis 15,6, für die Gonorrhoe 21,5 pro Tausend der Bevölkerung. Bisher sollen in Indien infolge Interesselosigkeit der Verwaltung und der Öffentlichkeit keinerlei energische Maßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten ergriffen worden sein. Der niedrige Stand der hygienischen Verhältnisse in Indien hat auch seinen entsprechenden Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Erschreckend hoch werden die Zahlen für den Weltkrieg angegeben, sodaß die ungeheure Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Nachkriegszeit verständlich wird, wenn man bedenkt, daß jeder 4.—5. Soldat geschlechtskrank in die Heimat kam. L. Ferrabouc gibt für das französische Heer 500 000 Geschlechtskranke an, für die Alliierten insgesamt 1 500 000 und den deutsch-österreichischen Block 1 200 000.

Mit der Anführung dieser Zahlen dürfte der Ernst der Situation hinsichtlich der Verbreitung und der damit notwendigen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eindeutig dargestellt sein. Man bekommt so erst einen richtigen Begriff von der katastrophalen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für eine Nation. Diesem Gedanken folgt unerbitterlich die Erkenntnis der Notwendigkeit einer energisch durchgeführten und wohldurchdachten Bekämpfungsmethode. Jede Nation wird gemäß ihrem Eigenleben eine eigene Art des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten entwikkeln; dennoch kann die eine Nation an den Erfolgen und Mißerfolgen, die eine andere mit dieser oder jener Methode gemacht hat, lernen.

Nachdem man in mehreren hundert Jahren alle möglichen Formen der Bekämpfung erprobt hat, soll uns eine knappe geschichtliche Darstellung das notwendige Verständnis für eine Methodik überhaupt und im besonderen für das bisher Erreichte in unserer Zeit bringen. Man kann sich vorstellen, daß mit dem verstärkten Auftreten der Syphilis und Gonorrhoe in Europa zur Zeit der Entdeckung Amerikas die Folgen verheerende waren. Die Einschleppung der Syphilis aus der Neuen Welt nach Europa konnte bisher ebenso wenig mit Sicherheit bewiesen werden, wie ihr ursprüngliches Bestehen in Europa. Sicher ist allein, daß 1494 die Syphilis als neues Krankheitsbild von den Ärzten erkannt und festgelegt wurde. Eine Welle von Syphilis warf sich über Europa, als Karl VIII. mit seinem Heer vor Neapel lag (Franzosenkrankheit) und leitete damit die Zeit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein. Erst die Kenntnis einer Erkrankung und eine klare Vorstellung über ihre Bedeutung für den Einzelnen und die Gesamtheit ergeben die Grundlage für ihre Bekämpfung. Das Verhalten der Ärzte und Laien den Geschlechtskrankheiten gegenüber ist in den einzelnen Zeitabschnitten ihrem Wissen gemäß eine ganz verschiedene gewesen. Die sozial-hygienische und eugenische Bedeutung der venerischen Infektion ist erst in der neueren Periode der medizinischen Wissenschaft erkannt worden. Von besonderer Wichtigkeit ist auch die Einstellung der einzelnen Zeit- und Kulturabschnitte dem Sinnengenuß gegenüber. Im Altertum war der Sinnengenuß das natürliche Lebensrecht jedes Einzelnen. Auf Grund der Auffasung G a l e n s, daß jede Abstinenz äußerst gefährlich und vergiftend für den ganzen Körper sei, erfreuten sich die Bordelle des 15. Jahrhunderts eines starken Zuspruchs. Im Gegensatz zu der Einstellung des Altertums diesen Dingen gegenüber suchte man zur Zeit der Reformation die instinktmäßigen Trieb- und Gefühlsregungen des Menschen zu unterdrücken. D i e W e l t a n s c h a u u n g e n d e r e i n z e l n e n J a h r h u n d e r t e s i n d a l s o e n t s c h e i d e n d w i c h t i g f ü r d i e V e r b r e i t u n g u n d B e k ä m p f u n g d e r v e n e r i s c h e n I n f e k t i o n e n.

Das Mittelalter kannte im allgemeinen keine ärztliche hygienische Überwachung der Prostitution im heutigen Sinne, obwohl man mehrere alte Bordellordnungen kennt, so aus London 1161 (Heinrich II.), Avignon 1347 und Zürich 1413. Die Bordellierung entsprach den hygienischen Anschauungen jener Zeit. Der neuen Krankheit versuchte man zunächst im 15. und 16. Jahrhundert mit den altbewährten Methoden der Seuchenbekämpfung beizukommen, die aber wegen des chronischen Charakters und der schleichenden Verbreitungsweise der Syphilis versagten. Immerhin hatte man gelernt, daß die Bordelldirnen an der Übertragung der Krankheit wesentlich beteiligt waren, trotz der teilweise ausgebildeten hygienischen Überwachungen dieser (Bordellordnung). In Paris versuchte man zuerst 1494 in einer „Ordonnance royal" dem Übel zu Leibe zu rücken. Mit dem ganzen Rüstzeug der damaligen Seuchenbekämpfung ging man in Deutschland gegen die Syphilis an, aber ohne Erfolg. Die Städte behandelten nur Eingesessene, sodaß sich besonders auf den Landstraßen der mittleren und oberen Rheinebene die Kranken ansammelten und damit zur noch intensiveren Verbreitung ihrer Krankheit beitrugen.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten wird mehr und mehr ein Kampf gegen die Prostitution, nachdem man die wesentliche Beteiligung der Prostitution an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten erkannt hat. Wahrscheinlich sind auch die Ideen der Reformation und Gegenreformation an der Wendung des Kampfes beteiligt. Luthers scharfe Ablehnung der Bordelle, sein Kampf gegen die Doppelmoral Augustins und seine Forderung der sexuellen Gleichberechtigung von Mann und Weib und eines sexuellen Verantwortungsgefühls gegenüber der Frau schrieben die Protestanten auf ihre Fahnen. Ihr Vorstoß gegen die Bordelle und die Prostitution im Zusammenhang mit der allgemeinen Erkenntnis der engen Beziehung zwischen Prostitution und Geschlechtskrankheiten blieb nicht ohne Erfolg. H a u s t e i n ist allerdings der Ansicht, daß die endgültige Schließung der Bordelle nicht so sehr dem geistigen Einfluß der Reformation zuzuschreiben sei, als vor allem ökonomischen Gründen. Auf Grund des „Edictum in blasphemos (1435)", in dem die Syphilis als Schreckgespenst verkündet wurde, hatte sich der Bordellbetrieb so stark vermindert, daß sich der Bordellbetrieb nicht mehr lohnte.

Durch die teilweise Auflösung der Bordelle zerstreute sich die Prostitution, nachdem sie früher auf abgegrenzte Quartiere beschränkt war, sodaß der regellosen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten Tor und Tür geöffnet war.

Das 16. und 17. Jahrhundert wetteiferte in einer rücksichtslosen Unterdrückung von Prostitution und Kuppelei, jedoch ohne den erstrebten Erfolg der Verminderung der Geschlechtskrankheiten.

Die Bewertung der Lustseuche hatte sich von der hygienischen auf die moralische Seite verschoben. Von diesem moralischen Beigeschmack der „gerechten Strafe des Himmels für begangene Ausschweifungen" hat sich der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten bis auf unsere Tage noch nicht ganz befreien können.

Ein Auswuchs dieser Einstellung ist die Keuschheitskommission Maria Theresias, die alle Personen ohne Rücksicht auf Stand und Geschlecht im Falle eines unsittlichen Lebenswandels auskundschaften und der Bestrafung zuführen sollte. Da die Zuchthäuser von Dirnen überfüllt waren, gingen Sonderschiffe mit diesen ins Banat nach Temesvar, wurden dort mit Vagabunden angesiedelt und die Ehe untereinander gestattet.

H. Haunstein: „Da so der Kampf gegen die Prostitution im 16. und 17. Jahrhundert fast nur aus moralischen Gründen heraus geführt wurde, konnten die Behörden gegen die mit der Prostitution vergesellschafteten Krankheiten von geringen Ausnahmen abgesehen, herzlich wenig tun. In den drei Metropolen des damaligen Europas, Paris, Wien, Berlin stand die Krankenhausbehandlung der Venerischen auf einer außerordentlich niedrigen Stufe. Wie müssen diese Zustände dann erst in kleinen Städten oder sogar in ländlichen Gegenden gewesen sein?"

Was die Therapie angeht, hatte Sydenham (Ende des 17. Jahrhunderts) die Quecksilber-Schmierkur eingeführt und durchgesetzt.

Nachdem der Kampf gegen die Prostitution in Deutschland zusammengebrochen war, brachte das 18. Jahrhundert wieder eine regelmäßige Überwachung derselben mit Hilfe von Bordellen. Unter wechselvollen Kämpfen der Bürgerschaft gegen die Bordelle erreichte man deren Abschaffung wiederum um die Mitte des 19. Jahrhunderts. Mit der Jahrhundertwende begann dann die Zeit des neueren Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten in dem Gedanken, daß auch andere Fragen in diesem Kampfe beachtet werden müßten, als lediglich die Vorstellung eines Kampfes gegen eine gefährliche Krankheit. Nach und nach fand die Idee der freien gesundheitlichen Fürsorge und die Gleichstellung von Mann und Frau in der abolitionistischen Bewegung ihren Ausdruck.

Die mächtige Industrialisierung und Verstädterung der wichtigen Länder Europas und auch der U.S.A. mit anwachsenden Industrien und Riesenstädten, und die technische Vervollkommnung der Verkehrsmittel waren mitverantwortlich für eine ungeheure Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Die Größe der Verbreitung kommt zum Ausdruck in einer Zahl von Leredde, wonach 1910 in Paris 7% aller Sterbefälle auf Syphilis zurückzuführen gewesen seien.

Zu gleicher Zeit aber wurden die wissenschaftlich unerläßlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bekämpfung dieser Mensch-

heitsseuche geschaffen, obwohl man die sozial-hygienische Bedeutung der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bekämpfung immer noch nicht recht erkannt hatte. Es sei an Ricord, Virchow, Noeggerath, Schauddin, Hoffmann, Neisser und an die Entdeckung der Wassermann'schen Reaktion, die die Komplement-Bindungsreaktion von Gengou und Bordet für den speziellen Fall darstellt, erinnert, sowie an die therapeutischen Fortschritte mit der Darstellung des Salvarsans durch Ehrlich und die Einführung des Wismuts zur Syphilisbehandlung durch Levaditi.

Obwohl die Reglementierung in den meisten Ländern abgeschafft ist, und nur noch in Frankreich, Spanien, Österreich, Rumänien, Ungarn, Lettland, Marokko, Uruguay und Japan (in Österreich nur in den großen Städten; auch in Genf) beibehalten wurde, wollen wir uns kurz damit auseinandersetzen, sowie mit der davon vollkommen verschiedenen freien und humanen gesundheitlichen Fürsorge. Unter Reglementierung versteht man bekanntlich die sittenpolizeiliche Überwachung der Puellen auf Grund von namentlichen Listen, zusammen mit einer regelmäßigen ärztlichen Untersuchung. Nach Blaschko haben die bestehenden (1920) Reglementierungssysteme keinen nachweisbaren Einfluß auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten gehabt. Der ziffernmäßige Gewinn der Reglementierung sei belanglos gewesen und die Nachteile hätten bei weitem die Vorteile überwogen. Außerdem treffe die Reglementierung immer nur den ungefährlichen Teil der Prostitution. Die Anfängerinnen, die Heimlichen und die gelegentlich Aufgegriffenen seien die Gefährlichsten, aber wohl kaum zur Reglementierung zu bringen. Die Abolitionisten, also die Vorkämpfer für eine freie gesundheitliche Fürsorge, nennen die Reglementierung „ein Paktieren des Staates mit dem Laster". Ebenso verlangte Haustein die Abschaffung der Reglementierung und Kasernierung der Puellen und Ersatz dieser Maßnahmen durch hygienische und sozial-fürsorgerische wegen des dauernden Kampfes gegen die Organe der Sittenpolizei und der „erschreckenden Schnelligkeit der moralischen Verwüstung der Prostituierten".

Spiethoff stand 1935 noch auf dem Standpunkt, daß Bordelle und Bordellstraßen staatsethisch nicht vertretbar seien. 1937 revidierte er allerdings seine Meinung dahingehend, daß gewisse Absteigequartiere und zerstreut liegende Dirnenhäuser als das geringere Übel zuzulassen seien, wenn sie nach außen hin nicht hervortreten würden und einer scharfen polizeilichen und gesundheitlichen Aufsicht unterlägen. Man wird das für die deutschen Verhältnisse eine glückliche Lösung nennen für die Übergangszeit, denn bei der heutigen immer noch starken Verbreitung der Prostitution und ihrer engen Beziehung zu den Geschlechtskrankheiten muß man danach trachten, diese irgendwie in die Hand zu bekommen.

Es ist sicher, daß die Prostitution, in welcher Form sie auch immer existiert, einen bedeutenden Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat. In den einzelnen Ländern wird das wahrscheinlich ganz verschieden sein. P a r a n nimmt für U.S.A. an, daß 50% der syphilitischen Infektionen nicht venerisch erworben seien und von den restlichen 50% nur 25% der Prostitution und 25% einer gelegentlichen Liebesaffäre zuzuschreiben seien. Einwandfreie Zahlen darüber aufzustellen, ist natürlich ungemein schwer. Es trifft aber wohl für alle Länder zu, daß Personen mit häufig wechselnden Geschlechtsverkehr hinsichtlich einer venerischen Infektion besonders gefährdet sind und damit vor allem teilhaben an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. In Nancy hat man 1934 einen Erlaß herausgebracht, durch den erstrebt wird, daß alle weiblichen Personen, welche sich dem häufig wechselnden Geschlechtsverkehr hingeben, unabhängig, ob sie ihn als Erwerbsquelle benutzen oder nicht, sich regelmäßigen, zweimal wöchentlich statfindenden ärztlichen Untersuchungen unterwerfen müssen, gleichgültig, ob sie als öffentliche Prostituierte registriert sind oder nicht (Jean B é n e c h).

Wenn man einmal festgestellt hat, daß häufig wechselnder Geschlechtsverkehr die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten stärkstens fördert, ergibt sich für den weiteren Verlauf und Ausgang des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten die immense Bedeutung der Erziehung zur sexuellen Verantwortung; denn da liegt der Schlüssel für eine endgültige Lösung des ganzen Problems, in einer entsprechenden Erziehung der jungen Generation zu einer neuen Idee und Haltung den sexuellen Fragen gegenüber. Leider hat gerade die Verquickung der Geschlechtskrankheiten mit der Moral dem Kampf gegen die eigentliche Krankheit geschadet. Wir wollen deshalb unter Erziehung zur sexuellen Verantwortung Erziehung zur vollkommen veränderten Einstellung diesen Fragen gegenüber in ethischer und weltanschaulicher Hinsicht verstehen. Es ist schade, daß Nachrichten darüber, wie diese Erkenntnisse in anderen Ländern fortgeschritten sind, nur spärlich vorliegen.

Die Worte von V o n d e r l e h r (Oberste Gesundheitsbehörde in U.S.A.) sind unbedingt zu unterstreichen: „Die Ärzte der Gesundheitsbehörden müssen die Führung ergreifen bei der Belehrung der Öffentlichkeit, Syphilis zunächst als eine Krankheit zu betrachten und nicht als eine Form des moralischen Vergehens". Neben dieser Auffassung stehen die Fragen der Erziehung zur Verantwortung und Selbstbeherrschung, die weiter vorausschauend den Kampf, wie bereits erwähnt, auf eine andere Basis rücken. Beides hat seine Berechtigung, doch ist es außerordentlich schwer, beide Gedanken im Volk nebeneinander lebendig werden zu lassen, ohne daß sie sich gegenseitig stören.

Wenn man auch in U.S.A. den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten möglichst freihalten will von jeder moralischen Beimengung und die Öffentlichkeit zur Unvoreingenommenheit erziehen will, so hat man doch erkannt, daß es sich nicht allein um den Kampf gegen eine gefährliche Volksseuche dreht, sondern vor allem auch um die ganze sittliche Haltung eines Volkes. Man weiß, daß der Krankheit nicht lediglich durch Verordnungen, Systemen und Kliniken beizukommen ist, sondern daß der Ausgang dieses Kampfes weitgehendst abhängig ist von der Einstellung des ganzen Volkes und damit von der Aufklärung desselben und der Erziehung der jungen Generation.

John H. Stokes: „Wenn man sich in den Kampf gegen die Syphilis oder gegen jede andere Geschlechtskrankheit einläßt, kommt man in Konflikt mit dem Geschlechtstrieb, einem der mächtigsten Faktoren im menschlichen Leben. Dieser Trieb", schreibt Stokes, „kann alle allgemeine und medizinische Kenntnisse über das Wesen und die Übertragung der Syphilis so bedeutungslos machen, als sei sie chinesisch geschrieben. Wenn sogar ein Arzt kein entsprechendes Vorbild ist und sich nach einer durchtrunkenen Nacht syphilitisch infiziert, wie kann man da von anderen Leuten eine größere Selbstbeherrschung erwarten? Was hat das Lernen diesem Mann bedeutet und zu welcher Bedeutung kann er seiner Kenntnis wohl bei anderen verhelfen? Prophylaxe im gewöhnlichen Sinne ist ziemlich erfolglos, weil sie im allgemeinen dem Wagnis folgt, anstatt ihm zuvorzukommen. Sie verlangt entweder Furcht, einen eisernen Willen, oder drei Tugenden, die selten bei einer sexuellen Handlung zugegegen sind: Intelligenz, Schnelligkeit und Nüchternheit. Die Medizinerschaft sollte jede Gelegenheit ergreifen, genaue Kenntnis der Syphilis und anderer Geschlechtskrankheiten zu verbreiten, aber sie sollte auch darauf bestehen, besonders hinsichtlich der Jugend, daß Selbstbeherrschung ein erstrebenswertes Ideal sei, daß Freiheit leicht zur Zügellosigkeit führe, und daß das weitverbreitete Anpreisen der Prophylaxe nur ein Eingeständnis der Schwäche sei."

E. Coppinger Sullivan (Massachusetts U.S.A.): „Die Antwort darauf, warum die Syphilis in all den Jahren so geblüht hat, ist zum größten Teil einfach, nämlich der Mangel an Erziehung der Öffentlichkeit wie auch des Arztes."

Bedeutungsvoll für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den einzelnen Ländern ist das Zahlenverhältnis der Bevölkerung zwischen Stadt und Land, die Größe und Art der Städte (Hafenstädte, Weltstädte) und die damit gesteigerte Möglichkeit der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Davon und von den allgemeinen sittlichen, kulturellen und zivilisatorischen Verhältnissen der Länder sind Methodik und Erfolg der Bekämpfung weitgehendst bestimmt. H. Hecht berichtet über Brasilien: „Die Mehr-

zahl von den vielen Syphilisfällen sind kongenital. Schulärzte untersuchen die Jugend und führen sie der Behandlung zu. Doch scheinen alle gesundheitlichen Maßnahmen ohne bleibenden Erfolg zu sein, da die sittlichen Verhältnisse des Landes derartige sind, daß sie nur durch energische Maßnahmen zu bessern wären. Es fehlt augenscheinlich an dieser Energie besonders dort, wo es um den Kampf gegen die Bordelle und den Mädchenhandel geht."

Wir haben schon einmal gesagt, daß das Problem der Geschlechtskrankheiten in letzter Linie von jedem Volk selbständig in eigener, harter Arbeit gelöst werden muß. Insofern ist die Frage aber eine internationale, als die Seuche von Hafenstadt zu Hafenstadt, von Weltstadt zu Weltstadt kriecht, gefördert durch den modernen, alles verbindenden Verkehr, sodaß nicht zuletzt die Völker Erfahrungen austauschen und Methoden gegenseitig erproben sollten. Hinsichtlich anderer Seuchen, der schwarzen Pocken, Lepra, Typhus usw. stehen die Gesundheitsämter der verschiedenen Länder untereinander in engster Verbindung. Warum sollte nicht etwas Ähnliches bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erreicht werden?

Wenn wir uns nun dem speziellen Teil zuwenden, so wollen wir uns zunächst mit der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Militär auseinandersetzen. Durch das Zusammenfallen der Militärdienstzeit mit der Zeit der Reife und Geschlechtsentwicklung sind die Soldaten bezüglich der Geschlechtskrankheiten besonders gefährdet. Zudem besteht das Militär aus ausgesuchtem, gesundem Menschenmaterial, das infolge der gesunden und stärkenden Lebensweise sich in irgend einer Form geschlechtlich betätigen möchte. Mit dieser Tatsache muß sich jede militärische Leitung auseinandersetzen. Das Problem dreht sich vor allem um die Prophylaxe, um Aufklärung und Erziehung zur sexuellen Verantwortung bei den jungen Menschen, die zu dieser Zeit noch bildungsfähig sind und bei denen man deshalb besonders gute erzieherische Erfolge haben könnte. In England hat ein aus Ärzten und Militärbehörden, besonders der Marine bestehender Ausschuß die Frage der Prophylaxe studiert. Gewisse Medikamente und mechanisch wirkende Schutzmittel bieten richtig und zur Zeit angewendet, einen gewissen Schutz vor venerischer Erkrankung. Allerdings kann die Verwendung der Prophylaxe leicht ein falsches Sicherheitsgefühl aufkommen lassen, das zum Leichtsinn führen kann. Die Erfolge in der englischen Armee sollen gut gewesen sein, sodaß der Prozentsatz der Ansteckungen entsprechend sank. Wichtig ist vor allem eine gute Propaganda über richtige und rechtzeitige Anwendung der Mittel.

Die Amerikaner haben gute Erfolge mit der Einführung der Zwangsprophylaxe und Zwangsbehandlung nach jedem Geschlechtsverkehr bei den Mannschaften ihrer Flotte und des Heeres ge-

macht. Earle Moore gibt an, daß eine prophylaktische Behandlung am wirksamsten sei, innerhalb der ersten Stunden nach dem Geschlechtsverkehr, danach aber schnell an Wert einbüße, obwohl sie der Syphilis gegenüber noch etwa bis zur 8. Stunde nach dem Verkehr von gewisser Bedeutung sei. Die Geschlechtsteile sollen zunächst gründlich zehn Minuten mit grüner Seife gewaschen werden. Dann wird die Urethra mit frischgemachter 2%iger Protargol-Lösung gespült und endlich alle Teile mit 33%iger Kalomel-Salbe eingerieben. In der amerikanischen Marine sind in der Zeit von 1914 bis 1935 die Syphilisfälle von 20 auf 24 gestiegen, während die Gonorrhoe von 85 auf 66 pro Tausend abgenommen hat (Cook).

Auch Ferrabouc empfiehlt aufs Wärmste die Prophylaxe und die Überwachung der Prostitution, vor allem in der Nähe der Frontsoldaten.

Anders liegen die Dinge im Kriegsfall. Die noch größere Ungebundenheit, das ganze Kriegshandwerk überhaupt, gewissermaßen der „stärkere Tabak", der an der Front geraucht wird, bringt es mit sich, daß die Soldaten der Abenteurerlust und Unvorsichtigkeit noch mehr die Zügel in sexueller Hinsicht schießen lassen. Bezeichnend dafür ist die schon einmal erwähnte Zahl Ferrabouc's, daß 3 000 000 Soldaten während des Weltkrieges geschlechtskrank waren. Im Weltkrieg hatte die U.S.A. aus den schlechten Erfahrungen der alliierten Truppen, die stark mit Geschlechtskrankheiten durchseucht waren, gelernt. Die amerikanischen Truppenlager wurden möglichst abseits der Städte gebaut, Frauen der Zutritt verboten, sowie auch jegliches Herumstreifen von Frauen in der Nähe des Lagers.

Gemäß dem Leben eines Seemanns sind diese und damit die Marine der venerischen Infektion besonders ausgesetzt. Nach dem englischen Marinegeneralstabsarzt waren 1927 zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten jährlich 325 000 Tage nötig. Man hat eine internationale Vereinbarung über prophylaktische Behandlung und ärztliche Hilfe im Erkrankungsfalle für Seeleute getroffen. Beratungsstellen befinden sich in fast allen größeren Häfen Europas, Nordamerikas, Südamerikas, Asiens, Afrikas, Australiens. Jedes Schiff soll eine Liste dieser Häfen und ihrer Beratungsstellen besitzen und in den Mannschaftsräumen sollen Merkblätter darüber angebracht sein.

Wie ist nun in den verschiedenen Ländern die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im einzelnen ausgebaut? Bei der Beantwortung dieser Frage sollen die Vorkämpfer einer neuen oder alten Methode möglichst selbst zu Wort kommen. Leider läßt sich das nur in wenigen Fällen durchführen, da anscheinend nicht in allen Staaten um der Lösung des Problems zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit solcher Intensität gerungen wird wie in

den Vereinigten Staaten. Die Arbeit wurde auf die Darstellung der Verhältnisse in Skandinavien, England, Frankreich, Italien und U.S.A. beschränkt, weil diese Länder die markantesten Methoden zeigen und man von ihnen am ehesten etwas lernen kann.

Nach den vorliegenden Berichten haben die skandinavischen Staaten mit ihrem System die besten Erfolge gehabt. Nachdem man die Wertlosigkeit der Reglementierung erkannt hatte, wurde diese 1888 in Norwegen, 1909 in Dänemark, 1907 in Finnland und 1919 in Schweden (Lex veneris) aufgehoben. Das Prinzip der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den skandinavischen Ländern ist im allgemeinen folgendes:

1. Meldepflicht
2. Behandlungspflicht
3. Freie Behandlung für alle Kranken
4. Zwangsaufenthalt im Krankenhaus, falls das zum Schutze der anderen erforderlich ist
5. Bestrafung der Weiterverbreitung der Krankheit, wenn diese noch nicht vom Arzt als geheilt bezeichnet ist.

(Nach Parran).

Verschiedene Faktoren begünstigen die Wirksamkeit dieses Programms in Skandinavien. Einmal weiß jedermann über die Natur der Krankheit Bescheid, scheut sich nicht, darüber öffentlich zu sprechen und sieht die Notwendigkeit der Behandlung ein. Es ist weitgehend bekannt, wann und wo man sich behandeln lassen kann. Z. B. ist im Zentrum von Kopenhagen zusammen mit Reklameschildern der großen Kaufhäuser, Kinos, Parks und anderen Anziehungspunkten eine Liste der Spezialkliniken für Geschlechtskrankheiten angebracht.

Man hat sogar die Pflichten des Einzelnen noch dahingehend erweitert, daß er sich auch untersuchen und evtl. behandeln lassen muß, wenn er nur den Verdacht hat, geschlechtskrank zu sein oder sich im ansteckenden Stadium zu befinden. Das dazu gehörige Untersuchungs- und Behandlungsrecht ist nur in Dänemark und Schweden verbrieft. Den Arzt macht man vor allem verantwortlich für die Verhütung und Weiterverbreitung der Krankheit, indem er die Infektionsquelle ermitteln soll, um sie der Gesundheitsbehörde zu melden. Falls ein Patient die Behandlung verweigert, muß er vom Arzt an das Gesundheitsamt gemeldet werden.

Beim Eheschluß wird eine Erklärung auf Ehre und Gewissen verlangt, daß keiner der Verlobten an einer ansteckungsgefährlichen Geschlechtskrankheit leidet, so in Norwegen seit 1918, Schweden seit 1920 und Dänemark seit 1922. Allerdings wird diese Bestimmung in Dänemark und Schweden insofern beschränkt, als die Ehe

auch durch einen ansteckungsgefährlichen Geschlechtskranken eingegangen werden kann (in Schweden mit Ausnahme der Syphilitiker), wenn der Kranke den anderen Teil unterrichtet hat und wenn beide Verlobte durch einen Arzt über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufgeklärte worden sind.

In Schweden, Norwegen und Dänemark sind Gesundheitsämter mit der Durchführung der Bestimmungen betraut, in Finnland die Sanitätsbüros der Städte, da es kein einheitliches Gesetz gibt. Gegenüber die Prostitution kommen sogenannte Landstreichergesetze in Anwendung, nach denen man Personen, die Sitte und Anstand verletzen, ohne Beruf sind oder wahllos herumstreifen, unter Zwangsverwahrung und Zwangsarbeit stellen kann. Norwegen hat zu diesem Zweck besondere Arbeitshäuser u. Mädchenheime eingerichtet.

Zur besseren Einsicht wollen wir E. Rietz (Gesundheitskommissar für Stockholm) selbst über die Verhältnisse seiner Heimat sprechen lassen: „Nach dem Gesetz von 1918 muß sich jeder, der mit einer Geschlechtskrankheit behaftet ist, von einem Arzt behandeln lassen. Jeder hat das Recht, freie ärztliche Behandlung von den Gesundheitsbehörden zu verlangen. Für Städte über 20000 Einwohner sind Spezialkliniken vorgesehen. Die meisten Leute, die es sich finanziell leisten können, ziehen es zwar vor, sich von einem Privatarzt behandeln zu lassen, um ein etwaiges öffentliches Bekanntwerden und ein offizielles Eingreifen zu vermeiden. Solche Patienten stehen in keiner Weise unter der Kontrolle der Gesundheitsbehörde, wenn sie die Vorschriften ihres Arztes beachten. Wenn sie allerdings die Behandlung unterbrechen oder ablehnen, muß der Arzt sie den Gesundheitsbehörden melden. Das Gesetz verlangt, daß Privatärzte und Beamte der Gesundheitsbehörden, die mit Geschlechtskranken zu tun haben, nach der Infektionsquelle forschen und solche Personen der Behandlung zuführen. Die wissentliche Übertragung einer Geschlechtskrankheit wird strengstens bestraft. Dies Gesetz hat die Anzahl der Syphilisfälle wirklich vermindert, für die Gonorrhoe sind die Resultate allerdings entschieden schlechter." Jedenfalls ist für Schweden die Syphilis nicht mehr ein Hauptproblem der Volksgesundheit, ja man bezeichnet die frische Syphilis sogar als eine seltene Krankheit (Parran).

Die Syphilisziffer belief sich in Schweden 1935 auf 0,20 ‰ (Young). Parran berichtet, daß 1935 in einem Monat im Staat New York außer New York City 1836 Neuzugänge an Syphilis registriert wurden, während Schweden mit fast der gleichen Bevölkerungszahl nur 431 Fälle in einem Jahr hatte. Schweden, Norwegen und Dänemark zusammen mit einer Bevölkerung wie der ganze Staat New York haben weniger als 1600 Syphilisfälle jährlich; dagegen wurden im Staat New York allein außer New York City im April 1935 20 984 Syphilisfälle behandelt.

Da man herausgebracht hatte, daß das Lymphogranuloma inguinale häufiger ist als bisher angenommen, wurde in Schweden 1934 die Anmeldepflicht dieser Krankheit wie für die Geschlechtskrankheiten angeordnet. Das bedeutet die allmähliche völlige Einreihung der L. i. unter die Bestimmungen des Lex veneris (Hellerström und Wassen).

In Dänemark gab es 1919 4 500 Syphilisfälle, 1933 700. Wie schon erwähnt, ist auch in Dänemark die Behandlung frei. Ungefähr 70% der Kranken lassen sich von Spezialisten behandeln, die vom Staat oder der Stadt bezahlt werden. **Erwähnenswert ist, daß Dänemark eine ausgezeichnete Kartothek mit den notwendigen Angaben über jeden Kranken angelegt hat;** sie umfaßt schon 70 000 Fälle. Seit 1920 werden die Syphiliserkrankungen genau kontrolliert. Serologische Untersuchungen („Wassermann") werden zentral im staatlichen Seruminstitut bearbeitet, welches jeden positiven Fall mit genauen Angaben der Zentralkartothek zuleitet (Lomholt). Diese Einrichtung ermöglicht eine hervorragende Übersicht über die jeweilige Verbreitung der Syphilis und ist besonders wertvoll bei Nachforschungen irgendwelcher Art. Bei Wohnungswechsel verdächtiger oder geschlechtskranker Personen können die Bezirksgesundheitsämter sich untereinander verständigen oder diese können sich Auskunft über bestimmte Personen bei der Zentralkartothek holen. Die Ergebnisse sind sehr gut. Kopenhagen hatte 1919 5,4‰ Syphilisfälle, 1933 0,3 ‰, wovon 50% Seeleute waren. Earl Moore nimmt an (1930), daß auf die rd. 4 Millionen Einwohner Dänemarks weniger als 100 Fälle von kongenitaler Syphilis kommen.

Neben der energischen Durchführung einer ausgezeichneten Methode zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dürfte der kulturelle und wirtschaftliche Hochstand, die einheitliche rassische Struktur und die verhältnismäßig geringe Bevölkerungszahl in den skandinavischen Ländern mit zum Erfolg beigetragen haben.

Zum Unterschied von Skandinavien ist in England der Kampf gegen die venerische Infektion auf Freiwilligkeit aufgebaut. Leider ist die englische medizinische Literatur sehr arm an prinzipiellen Auseinandersetzungen mit dem Problem der Geschlechtskrankheiten. Zusammengefaßt stellen sich die englischen Verhältnisse so dar, daß überhaupt jeder Behandlungszwang, Meldepflicht und Offenbarungspflicht (Infektionsquelle!) fehlt. Dafür nimmt man sich der Geschlechtskranken in sehr humaner und fürsorgerischer Weise an. Es wird alles getan, um den Kranken billige, ärztliche Hilfe in Ambulatorien zur Verfügung zu stellen. Unbemittelten Personen wird sogar das Fahrgeld vergütet und unentgeltliche Behandlung wird jedem, der sie verlangt, bis zur völligen Genesung bewilligt. Falls

Kranke von der Behandlung wegbleiben, werden sie diskret schriftlich gemahnt, sich wieder vorzustellen. Die praktischen Ärzte bekommen Salvarsan kostenlos vom Staat, ebenso werden ihnen eigene staatliche Laboratorien zu Blut-, Serum- und mikroskopischen Untersuchungen frei zu Verfügung gestellt. Die Kosten für Laboratorien und Beratungsstellen übernimmt zu 75% der Staat, zu 25% die Gemeinde. Ein Behandlungsverbot für Kurpfuscher besteht zwar nicht, doch ist es verboten, sich an Orten, wo Geschlechtskranke auf öffentliche Kosten behandelt werden können, durch eine nicht approbierte Person behandeln zu lassen. Der Prostitution gegenüber bestehen keine besonderen Bestimmungen. Prostituierte können nur durch den Gerichtsarzt untersucht werden, wenn sie mit Gefängnis bestraft sind. Dagegen versucht man durch polizeilich angestellte Fürsorgerinnen, auf die Prostituierten moralisch einzuwirken und sie im Erkrankungsfalle zur Behandlung zu veranlassen (Hecht).

George Ryley Scott berichtet in einer „Geschichte der Prostituierten vom Altertum zur Gegenwart" über die letzten Versuche, die Prostitution in England völlig zu unterdrücken: „Von dem englischen Volk ist die Reglementierung stets innerlich abgelehnt worden, weil es in ihr eine Anerkennung der Unzucht sehe. Nach dem geltenden englischen Recht ist die Prostitution an sich kein genügender Anlaß zu irgendwelchen behördlichen Maßnahmen. Gegen die Prostitution kann nur dann eingeschritten werden, wenn sie eine gesetzliche Bestimmung verletzt. Man verlangt allerdings von den Polizeibeamten einen genauen Nachweis für eine etwaige Gesetzesverletzung durch eine Prostituierte, der praktisch schwer zu erbringen ist. Teils aus diesem Grunde teils wegen des Zunehmens besseren Betragens der Prostiutierten auf der Straße, schließlich aber auch wegen des Anwachsens der Promiskuität und der „Amateur-Prostitution" ist die Zahl der festgestellten öffentlichen Prostituierten stark zurückgegangen. Bordelle sind verboten. Der Begriff des Bordells setzt nach englischem Recht eine Mehrzahl von Frauen voraus, die sich der Unzucht hingeben, sowie daß das betreffende benutzte Grundstück (Haus) mindestens 6 Tage hintereinander zu diesem Zweck benutzt worden ist. Diese Bestimmung wird dadurch umgangen, daß viele Bordellinhaber mehrere Häuser benützen, aber keines 6 Tage hintereinander." Gegen die regelmäßige ärztliche Untersuchung der Dirnen erhebt Scott, der offenbar nur das französische, nicht das deutsche System kennt (Gottschalk) folgende Einwände: 1. Es werden keine Männer untersucht, 2. Die „Amateur-Prostituierten" werden ebenfalls nicht erfaßt. 3. Die ärztliche Untersuchung sei notwendigerweise oberflächlich. 4. Oberflächlich sei auch die Behandlung. 5. Frauen könnten zwischen zwei Untersuchungen krank werden und ihre Besucher anstecken. 6. Viele Prostituierte seien ansteckend, ohne

daß bei ihnen die Krankheit feststellbar sei. Diese Einwände sind zumindest unbegründet und sehr pessimistisch gehalten. Jede Gegenwehr deshalb aufzugeben, weil sie nicht 100%igen Erfolg verspricht, ist grundlos. (Gottschalk).

Die Syphilis wird in England jetzt auf 0,52 ‰ geschätzt (Parran), d. i. gleich dem halben Prozentsatz von 1920. 90% aller Syphilisfälle werden in staatlichen Spezialkliniken behandelt. Parran über England: „In England gibt es keinen Behandlungszwang, aber es wird besonderer Nachdruck auf einen Überfluß an guter Behandlung gelegt, die für alle frei ist. Behandlungszentralen sind so gut zugänglich und die Behandlung selbst so gut, daß die Krankheit abnimmt. Die Anzahl der Krankenhaus-Neuzugänge ist von 40 000 im Jahre 1920 auf 20 000 in letzter Zeit gesunken."

Frankreich ist im Gegensatz zu Skandinavien, England und vielen anderen Ländern, in denen der Gedanke der gesundheitlichen Fürsorge gesiegt hat, das klassische Land der Reglementierung, die seit über 100 Jahren fast unverändert besteht. In den einzelnen Städten ist die Kontrolle auf Grund ortspolizeilicher Vorschriften geregelt. Die freiwillige Einschreibung der großjährigen Prostituierten überwacht die Polizei, die der minderjährigen und jede Zwangseinschreibung ist einer besonderen Kommission überlassen. Seit dem Kriege gibt es eine große Anzahl Beratungsstellen, Ambulatorien und Mütterberatungsstellen. Die sog. Kampforganisation gegen die Gefahr der Geschlechtskrankheiten umfaßt 18 000 Stellen, von denen die Bekämpfung geleitet wird, ohne die sanitären Kontrollstellen, die zur Überwachung der Prostitution eingerichtet sind (Cavaillon).

Jean Bénech empfiehlt, nachdem alle anderen Maßnahmen versagt haben, in Nancy die Unterbringung aller Prostituierten, vor allem der geheimen, aber auch der eingeschriebenen freien in Bordellen, wo allein eine ständige Überwachung und Behandlung möglich sei. Wichtig sei eine strenge Überwachung der Bordelle mit täglichen Untersuchungen der Mädchen, die von tüchtigen und erfahrenen Fachärzten behandelt werden sollten, sonst seien die Bordelle gefährlicher als die geheime Prostitution. Deshalb dürfe man auch Bordelle dort nicht genehmigen, wo die Voraussetzungen für eine peinliche Überwachung fehlten. Unter den derzeitigen Verhältnissen sei die Reglementierung aller Prostituierten in Bordellen die einzig wirksame Waffe im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.

Young urteilt über die französischen Möglichkeiten: „Man hat in Frankreich schon lange erkannt, daß die Geschlechtskrankheiten ausgerottet werden könnten mit schwedischen Methoden, aber die Schwäche des französischen Volkes für persönliche Frei-

heit ist so groß, daß es unmöglich sein würde, eine dem skandinavischen System ähnliche intensive Kontrolle einzurichten. Das französische Temperament ist so, daß jeder Versuch, die Meldepflicht einzuführen oder etwa eine Kartothek anzulegen, den Kranken vom Arzt in die Hände des Kurpfuschers treiben würde."

Es ist bekannt, daß Frankreich bisher kein eigentliches Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besaß. Besonders interessant ist deshalb die Nachricht des Pariser Korrespondenten des „British Medical Journal" (16. I. 37), daß der französische Minister für Volksgesundheit, Henri Sebliér, bald einen Gesetzesvorschlag für eine Reform der gesetzmäßigen Kontrolle der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution einbringen werde: „Von nun an werden die Ärzte Geschlechtskranke auf den Inhalt des neuen Gesetzes aufmerksam machen müssen und falls der Patient in einer Weise handelt, die ihm oder anderen schaden kann, muß der Arzt diesen Fall der Gesundheitsbehörde melden. Wann die Weiterverbreitung einer Geschlechtskrankheit strafbar ist, ist genau festgelegt und die Gesundheitsbehörde hat die Befugnis, ein ärztliches Zeugnis von jemandem zu verlangen, der unter dem Verdacht der Ansteckung anderer steht. Weiter sieht das Gesetz Maßnahmen vor für die Übertragung der Syphilis durch Ammen, Vernachlässigung der Behandlung und für den gewohnheitsmäßigen sexuellen Mißbrauch (Verführung) von Personen. Es wird ein besonderer Unterricht in Venerologie während des Medizinstudiums verlangt. Nur von den Gesundheitsbehörden angenommene Medikamente zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten dürfen in öffentlichen Instituten verkauft und benutzt werden und es werden nur serologische Tests von Laboratorien, die offiziell genehmigt sind, anerkannt."

Die einzige Zahl neueren Datums über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Frankreich stammt von Henri Godlewski, wonach in manchen Gegenden (1934) die Geschlechtskrankheiten auf 5 bis 6% der Bevölkerung zurückgegangen sein sollen.

Die Vorschriften des italienischen Sanitätsgesetzes von 1934 bringen gegenüber den Bestimmungen von 1923 kaum Neues; sie sind fast wörtlich aus dieser übernommen, nur besser gefaßt worden. Neu ist die Bestimmung, wonach die Sanitätsbehörde, wenn sie begründete Kenntnis vom Vorliegen einer Geschlechtskrankheit bei einer Person erhält, die durch ihren Beruf diese leicht auf andere übertragen kann, dieser Person auftragen kann, sich innerhalb drei Tagen einer unentgeltlichen ärztlichen Untersuchung bei einem Institut oder Vertrauensarzt zu unterziehen. Falls diese Aufforderung nicht eingehalten wird, tritt Zwangsuntersuchung und evtl. Zwangsbehandlung ein. Außerdem sind in dem Gesetz noch Bestimmungen über Ammen enthalten, die ein ärztliches Zeugnis über Nichtvorliegen einer Geschlechtskrankheit oder einer Tuberkulose

besitzen müssen. Kranke Ammen dürfen zwangsweise geheilt werden (Steinwaler). Syphilis im ansteckenden Stadium ist anzeigepflichtig, wenn es sich um Fälle in Schulen, Instituten und Industriebetrieben handelt. Kranke Prostituierte müssen in Kliniken oder Ambulatorien behandelt werden, von denen in Gemeinden über 30 000 Einwohner mindestens eine solche Einrichtung bestehen muß.

Nach neueren Statistiken ist die Syphilisziffer wieder angestiegen. In der Poliklinik für Geschlechtskrankheiten in Neapel betrug in der Zeit von 1920—25 die Zahl der frischen Luesfälle aller Kranken 5,45%, dagegen 1925—1930 7,96% (Candido Maderna).

Da über die Verhältnisse in U.S.A. bei weitem das meiste Material vorliegt, ist es möglich, einmal eingehender darzustellen, wie sich auch in anderen Ländern, verglichen mit Deutschland, neue Wege zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten anbahnen und wie sehr gerade in U.S.A., an der Lösung dieses Problems gearbeitet wird. Formal ist durch den „Social Security Act" den Gesundheitsämtern der einzelnen Bundesstaaten und Städte die gesetzliche und finanzielle Möglichkeit und die Pflicht zur Kontrolle der Geschlechtskrankheiten gegeben. Im übrigen ist in 42 Staaten die Einrichtung oder der Unterhalt eines unsittlichen Hauses verboten. Die Kuppelei ist in 45 Staaten verboten, worunter die Unterbringung einer Frau in einem Bordell und die Einwirkung auf eine Frau, in ein Bordell einzutreten oder dort zu bleiben, fällt. Der Zwang zur Prostitution und von dem Einkommen einer Prostituierten zu leben, ist in 46 Staaten ein Verbrechen. In 48 Staaten werden die Prostituierten als Vagabunden und unordentliche Personen angesehen und demgemäß gegen sie eingeschritten. In einigen Staaten gilt die Prostitution an sich als Verbrechen (Hecht).

Wir wollen zunächst Thomas Parran, den Leiter der Obersten Gesundheitsbehörde der U.S.A. (Surgeon General U.S. Public Health Service) berichten lassen (auszugsweise). In einem Aufsatz „Warum rotten wir die Syphilis nicht aus" (Why don't we stamp out Syphilis") (1936) umreißt er in ausgezeichneter Weise das Problem der Syphilis und ihre Bekämpfung in den Vereinigten Staaten: „Eine Plage, die 1½ Millionen Amerikaner jährlich unbrauchbar macht; eine Plage, die hundertmal so viel Unheil anrichtet wie die gefürchtete spinale Kinderlähmung. Eine Plage, die Leben vernichtet, Familien zerstört und die Anstalten des ganzen Landes mit seinen Geisteskranken, Blinden, Schwachsinnigen oder arbeitsunfähigen Opfern füllt — das ist die Syphilis. Sie kündigt sich immer mehr als die große amerikanische Krankheit an.

Und doch könnten wir dieser Seuche wirksam zu Leibe rücken, wären wir nicht so behindert durch die weitverbreitete Anschau-

ung, daß feine Leute nicht über Syphilis sprechen, daß feine Leute keine Syphilis haben und daß feine Leute nichts mit Syphiliskranken zu tun haben sollten. Diese unsere nationale Vertuschungspolitik hat auch die Tatsache vertuscht, daß Syphilis mit Krebs, Tuberkulose und Pneumonie zu den vier bedeutendsten Todesursachen gehört; daß wahrscheinlich über die Hälfte der Syphilisopfer die Krankheit schuldlos erworben haben und daß, so abscheulich es klingt, wenige unserer jungen Männer und Frauen über 21 sich niemals der Gefahr der Syphilis ausgesetzt haben. Es sei daran erinnert, daß ein Kuß den Keim übertragen kann.

Wir haben uns gerade besonders aufmerksam um die Autounfälle in unserem Lande gekümmert, die 1934 in 107 000 Fällen zur dauernden Arbeitsunfähigkeit führten. Wie können wir weiterhin fortfahren, die Syphilis zu ignorieren, wenn wir bedenken, daß sie nahezu fünfmal so viel Menschen im gleichen Jahr arbeitsunfähig machte. Bis vor kurzem gab es wenig oder überhaupt keine Diskussion über Syphilis als eine Bedrohung der Volksgesundheit. Wenn auch andere Krankheiten in gesundheitlichen Vorträgen des Rundfunks erwähnt wurden, so mußte schon allein das Wort „Syphilis" auf Befehl der Rundfunkgesellschaften peinlichst vermieden werden. Lediglich in den letzten ein bis zwei Jahren konnte man das Wort gelegentlich in den Schlagzeilen von großen Zeitungen lesen. 1933 übernahm die amerikanische Gesellschaft für soziale Hygiene (American Social Hygiene Association) von Deutschland einen ausgezeichneten Film, der zusammengestellt war zur Aufklärung von Schülern über die Geschlechtskrankheiten. Er widersprach in keiner Weise dem guten Geschmack oder den Prinzipien der Pädagogik; dennoch wurde seine öffentliche Aufführung im Staat New York verboten. Nur in New England und einigen wenigen Staaten wurde der Film aufgeführt. Es ist ganz gut möglich, daß wir bei stärkerer Verbreitung dieses Films in den letzten Jahren weniger Schwierigkeiten mit Epidemien von Geschlechtskrankheiten in Schulen gehabt hätten. In New York waren einige Schulen so verseucht, daß man beim Obersten Gesundheitsamt um Hilfe bat.

Wenn also freie Diskussion verboten ist, ist es natürlich schwierig, das Volk zur Vermeidung von Syphilis zu erziehen, auf Frühsymptome zu achten und sich behandeln zu lassen. Außerdem war es fast unmöglich, genügend öffentliche Gelder zu bekommen für eine ähnliche Überwachung, wie sie sich z. B. so erfolgreich bei der Bekämpfung der Tuberkulose erwiesen hat, bei der das rein medizinische Problem schwieriger liegt als bei der Syphilis. Tatsächlich können wir 5 Syphilisfälle behandeln mit den gleichen Kosten, die ein Fall von Tuberkulose macht. Wegen der vorherrschenden Vogel-Strauß-Politik haben sich Menschenfreunde kaum

bereit gefunden, Mittel für Syphilisforschung zu stiften, obwohl solche Mittel für fast jede andere Krankheit unter der Sonne bereit standen von der Lepra bis zum Keuchhusten; aus den gleichen Gründen waren die Gesetzgeber abgeneigt, Geld dafür anzuweisen. Ein wichtiger Faktor in unserer Trägheit gegenüber Syphilis ist die Einstellung einer großen Gruppe von Bürgern, unter ihnen viele sozial gesinnte Frauen, die allen Ernstes glauben, daß nur käufliche Prostituierte und ihre Kunden in dieses Problem verwikkelt seien. Eine Widerlegung dieser Einstellung ist leicht. Erstens würden die Kosten, Syphilis zu einer seltenen Krankheit zu machen wie in Schweden, geringer sein als die erschreckenden Steuerkosten für die Pflege der menschlichen Wracks, der Geisteskranken, der Verbrecher und der Heruntergekommenen, deren Zustand direkt oder indirekt von der Syphilis herrührt. Zweitens haben die unrecht, die Syphilis lediglich als einen Abkömmling des organisierten Lasters ansehen. Die öffentliche Prostitution ist an der Syphilisverbreitung nur mit 25% beteiligt. Aber zugegeben, daß Syphilis besonders eine Krankheit der niedrigsten Bevölkerungsklasse sei, dann sind die Wissenschaftler doch der Ansicht, daß eine solche Krankheit immer bis in die höheren Stufen der Gesellschaft hindurchsickert." P a r r a n schildert dann kurz den Gang der syphilitischen Infektion, das Stadium der syphilitischen Dermatosen, die Arten der diagnostischen Hilfsmittel und das Spätstadium der Syphilis. Interessant ist, daß nach seiner Angabe 86% bei Frühbehandlung, sobald die Wassermann-Reaktion positiv ist 64% und am Ende des zweiten Stadiums weniger als 50% der Kranken Aussicht auf Heilung haben. Der Hauptangriff auf die Geschlechtskrankheiten soll vor allem der Syphilis gelten. Vom volksgesundheitlichen Standpunkt aus scheint P a r r a n die Gonorrhoe etwas zu vernachlässigen. Tatsächlich sollte die Gonorrhoe ebenso bekämpft werden wie die Syphilis, da ihre Folgen bekanntlich verheerend sind durch den verhältnismäßig hohen Prozentsatz an sekundärer Sterilität. Im Folgenden setzt sich der Verfasser für die Frühdiagnose und Frühbehandlung ein, die einen sehr guten Heilungserfolg verspreche und damit eine wichtige Waffe im Kampfe sei: „Wir tragen eine hohe Verantwortung jeden Fall sofort in die Hände zu bekommen, sowie auch allen Infektionsquellen und allen, die damit in Berührung gekommen sind, die Infektiosität zu nehmen. Wir müssen alle syphilitischen Schwangeren behandeln, da wir durch ausreichende Behandlung der Mutter das Kind vor Infektion schützen können. In dieser Hinsicht kann die Krankheit, epidemisch betrachtet, was zunächst die Aufgabe der Gesundheitsämter, der Bundesstaaten und der Bundesregierung ist, kontrolliert werden. Obwohl diese Tatsachen theoretisch sogar die Ausrottung von Syphilis möglich machen, nimmt sie an Zahl nicht ab.

Nur 35% der Syphilisfälle werden in U.S.A. in öffentlichen Kliniken behandelt. Was weiterhin unsere Kontrollbestrebungen gegenüber England und Skandinavien unwirksamer macht, ist die Tatsache, daß nur etwa 10% der Fälle während des besser heilbaren sero-negativen Stadiums in Behandlung kommen. Die Hälfte der Fälle wird nicht vor dem Ablauf eines Jahres nach der Infektion erkannt; und sogar, wenn sie diagnostiziert sind, brechen 84% der Kranken frühzeitig die Behandlung ab.

Welches sind nun die spezifischen Methoden, von denen wir uns eine Verringerung der Syphilis in U.S.A. versprechen? Wenn wir unsere Geister frei machen können von der mittelalterlichen Auffassung, daß Syphilis der Lohn der Sünde ist, wenn wir darüber sprechen und uns damit beschäftigen können wie mit jeder anderen höchst ansteckungsfähigen Krankheit, die gefährlich für den Einzelnen ist und im Ganzen eine Bedrohung und eine Last für die Allgemeinheit, dann glaube ich, gibt es keine Wahl der Methode. Wie behandeln wir Bubonenpest, Gelbfieber, Pocken oder spinale Kinderlähmung? In jedem dieser Krankheitsfälle beeilen sich Gesundheitsämter und Privatärzte in gleicher Weise die Gesunden vor den Infizierten zu schützen und für sofortige sorgfältige Behandlung zu sorgen. Man quält den Patienten nicht, weil er so unwissend oder unglücklich gewesen ist, sich die Krankheit geholt zu haben; wichtig ist vielmehr, wo er sich die Krankheit geholt hat und wen er evtl. angesteckt hat, bevor die Krankheit erkannt war. Es gibt keinen Streit, ob der Patient bezahlen kann oder nicht, das wird immer später geregelt. Bekommen erst einmal Privatärzte und Gesundheitsbeamte die Idee der Dringlichkeit in der Behandlung von Frühsyphilis, ist es leicht, die Einzelheiten der Methodik des Verfahrens auszuarbeiten.

Wenn wir überlegen, welche Methoden wir von den anderen Ländern übernehmen können, so möchte ich auf das skandinavische System hinweisen, welches Behandlungspflicht vorsieht und für freie Behandlung Vorsorge trifft. Die Gefahr der Syphilis für die Allgemeinheit macht dieses ebenso unvermeidlich wie für Lepra oder Cholera. Praktisch bedeutet das, die Infektionsquelle genau so gewissenhaft aufsuchen, wie wir uns bemühen, den Ursprung einer Typhus- oder Pockeninfektion aufzuspüren. Es ist vernünftig, die Kranken, die es sich leisten können, zu einem Privatarzt zu schicken; und ebenso vernünftig ist es, daß der Staat den Privatarzt mit der kostspieligen Ausrüstung für Syphilisbehandlung versorgt. Aber viele Patienten mögen trotzdem nicht genug Geld haben, dem Arzt auch die geringste Gebühr für 1—2 Jahre erfolgreicher Syphilisbehandlung zu bezahlen. Wenn die Ärzte insgesamt die Last der Syphilisbehandlung für solche Fälle nicht übernehmen wollen, wird wahrscheinlich keine andere Wahl bleiben, als die Vermehrung der freien und Teilzahlungs-Kliniken, die

neuerdings in Verbindung mit einigen Krankenhäusern gegründet wurden. Besonders erwähnenswert die University of Pennsylvania, Johns Hopkins University (Baltimore), University of Michigan, Western Reserve University und die University of Virginia, die auch großen Anteil an der wissenschaftlichen Erkenntnis der Syphilis haben. Daß minderbemittelte Patienten nach einem geordneten Behandlungsdienst verlangen, geht aus den Mitteilungen des „Public Health Institute" hervor, einer privat betriebenen Klinik in Chicago, die 250 000 Patienten seit den 16 Jahren ihres Bestehens behandelt hat und wovon nur 5% die Durchschnittsgebühren für Privatärzte in Chicago hätten bezahlen können. Viele von diesen Patienten wurden durch Anzeigen, die sich mit den Gefahren der unbehandelten Geschlechtskrankheiten beschäftigen, auf die Klinik aufmerksam gemacht. Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, daß nur von 11% der Fälle die Behandlung unterbrochen wurde.

Über das Auffinden von Syphilisfällen hat John Stokes von der University of Pennsylvania gesagt, daß der „Index des Argwohns" beim Arzte gehoben werden müßte. Der Beweis dafür wurde eindeutig mit einer Übersicht über die Verhältnisse hinsichtlich syphilitischer Infektionen in den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser Philadelphias von Haven Emerson gebracht. Die Ziffern, die man bei der allgemeinen Durchführung der Wassermann-Reaktion in mehreren geburtshilflichen Kliniken gefunden hatte, waren eindeutig.

Wenn man diese Art Syphilis zu überwachen ernst nimmt, sollten Wassermann-Tests bei allen Krankenhausaufnahmen gemacht werden, gleichgültig, ob es sich um ein gebrochenes Bein, eine Appendicitis oder irgend etwas anderes handelt. Die meisten geburtshilflichen Kliniken machen jetzt allgemein Wassermann-Tests. Diese Maßnahme muß sich aber auch auf Privatpatienten erstrecken. Keine Mutter würde eine Blutuntersuchung auf Syphilis oder eine Syphilisbehandlung verweigern, wenn man sie über die Bedeutung für ihr Kind aufklärt. Allerdings wäre ihre eigene Infektion gleich verhindert worden, wenn ihr Heimatstaat eine Blutuntersuchung vor der Heirat verlangt hätte.

Die Syphiliskontrolle ist nicht eine Angelegenheit des Gesundheitsamtes, des Arztes, der Klinik oder des Sozialhygienikers allein. Sie ist vielmehr eine Aufgabe des ganzen Volkes. Das zu unterstützen ist die erste Verantwortung einer Regierung, entschlossen das allgemeine Wohlergehen zu fördern.

Was getan werden muß, ist klar:

1. Findet die Syphilis! Die verborgenen Fälle werden niemals frühzeitig gefunden, außer durch Wassermann-Test.
2. Behandelt Syphilis sofort! Einige Tage Verzögerung vermögen den Behandlungserfolg in Zweifel zu stellen.

3. Untersucht die Familien und alle anderen, mit denen der Syphiliskranke in Berührung gekommen ist, auf Syphilis!
4. Verhindert die Geburt syphilitischer Kinder, indem Blutuntersuchungen vor der Heirat und zu Beginn einer Schwangerschaft verlangt werden.
5. Aufklärung über Syphilis! Das Notwendigste darüber muß jedem Menschen bekannt sein."

Die einzelnen Fragen über die praktische Durchführung der Überwachung der Geschlechtskrankheiten hat R. A. Vonderlehr (Assistant Surgeon General, U.S. Public Health Service) zusammengefaßt:

„1. Das Syphilis-Überwachungsprogramm muß von einem besonderen, nur für diese Aufgabe verpflichteten Gesundheitsbeamten geleitet werden als Teilaufgabe einer besonderen Unterabteilung des Gesundheitsamtes.
2. Großes persönliches Interesse am Problem und besondere Schulung auf volksgesundheitlichem Gebiete und genaue Kenntnis der klinischen Behandlung von Syphilis und Gonorrhoe sind die wichtigste Qualifikation eines Arztes, der als Beamter für die Überwachung der Geschlechtskrankheiten tätig ist.
3. Die Abteilung oder Unterabteilung für die Kontrolle der Geschlechtskrankheiten muß ihre Tätigkeit den anderen Abteilungen des Gesundheitsamtes anpassen und mit diesen zusammenarbeiten.
4. Der Leiter des Gesundheitswesens der einzelnen Staaten sollte versuchen, die Syphiliskontrollprogramme in nebeneinanderliegenden Städten und Bezirken zu vereinheitlichen.
5. Die Mitarbeit der Medizinerschaft und freiwilliger Organisationen ist von großer Bedeutung für die Entwicklung der Syphilisbekämpfung.
6. Der Wichtigkeit des Syphilisproblems muß bei der Frage der Finanzierung stattgegeben werden."

Vonderlehrs Aufsatz, der in dem „Journal of the American Medical Association" erschienen ist, war besonders für die Gesundheitsämter, Ärzte und Vereinigungen, die sich mit solchen Fragen beschäftigen, als Ermahnung und Hinweis zugleich gedacht. Der Hauptgedanke ist die enge Zusammenarbeit in Diagnose, Behandlung und Aufklärung des Beamten der Gesundheitsbehörde mit dem praktischen Arzt, wie es auch Stokes empfiehlt.

Die Amerikaner haben recht, wenn sie sagen, daß die kongenitale Syphilis eine Anklage und etwas Unverzeihliches für die Ärzteschaft der heutigen Zeit bedeutet. Es wird deshalb viel Propaganda für die allgemeine Durchführung der Wassermann-Reaktion in Klinik und Privatpraxis bei jeder schwangeren Frau und auch jeder Allgemeinuntersuchung gemacht. (Siehe Parran). In den meisten größeren geburtshilflichen Kliniken ist das schon eingeführt. Im John's Hopkins Krankenhaus (Baltimore) ergaben von 4 547 Frauen 16,2% der farbigen und 2,4% der weißen Frauen eine positive Reaktion (Williams). Die Bedeutung der antisyphilitischen Behandlung der Mutter für das Kind geht aus folgenden Zahlen hervor: Von 449 Müttern waren 169 nicht behandelt, 102 ungenügend behandelt und 178 ordentlich behandelt. Bei Nichtbehandlung der Mütter waren 45% der Kinder (tote und lebende) syphilitisch. Bei ungenügender Behandlung (oft nur 1—2 Salvarsan-Injektionen im 9. Monat) geht die Ziffer auf 32% zurück und was ebenso wichtig, die Anzahl der lebenden von Syphilis freien Kinder, steigt von 40 auf 60%. Bei ausreichender Behandlung (Beginn im Anfang der Schwangerschaft) haben nur 3,5% der Kinder Syphilis und 96,5% sind lebend und gesund (Williams und Dallas). Eine syphilitische Frau sollte während jeder Schwangerschaft behandelt werden, gleichgültig, ob sie schon einmal früher behandelt wurde und in welchem Zustand sie sich jetzt befindet, um alles, was möglich ist, für die Geburt eines gesunden Kindes zu tun.

Auf den Einwand, daß eine Wassermann-Reaktion bei sozial höher gestellten Frauen überflüssig sei, bemerkt Moore, im Johns Hopkins Krankenhaus seien von den weißen Privatpatientinnen 2% syphilitisch, ähnliche Erfahrungen hätte er in seiner Praxis gemacht. Auch sei die verhältnismäßig hohe Ausgabe für eine Wassermann-Reaktion erschwinglich im Hinblick auf die Bedeutung für das Kind. Daß die Untersuchung auf Syphilis von den Frauen als Beleidigung aufgefaßt werden könnte, sei eine mittelalterliche Auffassung, denn jede vernünftige Frau würde die Notwendigkeit bei entsprechender Aufklärung einsehen.

Bei einer schriftlichen Umfrage an die Bevölkerung Chicagos stimmten 90% positiv, sich freiwillig für eine Blutuntersuchung auf Syphilis zur Verfügung zu stellen (New York Herold Tribune, 2. August 1937).

Nun zur gegenwärtigen Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten. Nach einer Umfrage in 42 der wichtigsten Bezirke der Vereinigten Staaten liefen Berichte von 39 000 Ärzten ein. Auf Grund dieser Berichte ergab sich eine Behandlungshäufigkeit der Geschlechtskrankheiten von 7,7 ‰. In ärztlicher Behandlung für Syphilis sind dauernd 4,3 ‰, für Gonorrhoe 3,4 ‰. 71% der Syphilitiker wurden erst im Spätstadium behandelt. 51% der gonorrhoisch Infizierten kamen erst in Behandlung, nachdem die Krankheit chro-

nisch geworden war. Bemerkenswerterweise ist die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten in Städten über 100000 Einwohner geringer als in kleineren Städten! Privatärzte behandelten 64% aller gemeldeten Fälle. Die Anzahl der sich unter dauernder Behandlung und Beobachtung befindlichen Kranken beträgt für die Gonorrhoe 493 000, für Syphilis 683 000. Die syphilitischen Neuinfektionen betragen 4 ‰, die gonorrhoischen Neuinfektionen 8 ‰ jährlich. Danach schätzt man, daß jährlich etwa 1½ Millionen Amerikaner Behandlung wegen frischer Syphilis oder Gonorrhoe suchen. Syphilis wird als im Anwachsen begriffen angesehen. Nach den Statistiken haben sich die Gonorrhoefälle vermindert, doch nimmt man an, daß sich in der Verminderung nur die wirtschaftliche Depression der vergangenen Jahre (1934/35) widerspiegelt. (Nach Usilton).

Es ist damit deutlich dargetan, daß die bisherigen Bekämpfungsmethoden der Geschlechtskrankheiten in den Vereinigten Staaten keinen nachweisbaren Erfolg gehabt haben und man möchte deshalb den verantwortlichen Männern der U.S.A. wünschen, daß ihre neueren Ideen und Bestrebungen durchgesetzt werden und zum Ziele führen.

Wir wollen nun abschließend keine Kritik üben, indem wir fragen, welche Nachteile hat dieses oder jenes System in diesem oder jenem Lande gehabt, sondern wollen versuchen, etwas Positives herauszustellen. Betrachten wir das skandinavische System, so ist für Deutschland die allgemeine Meldepflicht infolge seiner Größe wohl nicht durchführbar, abgesehen von der Meldung eines Geschlechtskranken an die zuständige Gesundheitsbehörde bei Übertretung der Behandlungsvorschriften und Verhaltungsmaßregeln, solange die Krankheit vom Arzt nicht als geheilt und als nicht ansteckungsfähig beurteilt ist. Wünschenswert dagegen ist die gesetzliche Formulierung der Pflicht des Einzelnen sich untersuchen und evtl. behandeln zu lassen, sobald er nur einen Verdacht auf eine erfolgte Ansteckung hat. Nachahmenswert scheint mir auch die großartig herausgearbeitete Vorpostenstellung des Arztes im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu sein. Der Arzt soll die Infektionsquelle ermitteln oder zum mindesten die Gesundheitsbehörde auf die Spur weisen. Er soll den Patienten gewissenhaft behandeln und während der Behandlung aufklären. Die Zentralisierung der serologischen Untersuchungen und Anlage einer damit verbundenen Kartothek ist sicher eine nützliche Einrichtung und ein wichtiges Mittel im Kampfe. Der einzige Einwand sind die vermutlich hohen Kosten, wenn man z. B. in Deutschland versuchen würde, bezirksmäßig solche Zentralstellen einzurichten. Für die Großstädte wäre dies aber unbedingt ratsam und läge wohl durchaus im Bereich des Möglichen. Allerdings wäre eine allgemeine Durchführung der Meldepflicht zum mindesten in den Großstädten unerläßlich.

England zeigt uns die einfache unvoreingenommene sachliche Haltung den Geschlechtskrankheiten gegenüber. Keine Behandlungspflicht, keine Meldepflicht, kein Zwang oder Reglementierung in irgend einer Form; dafür stehen den Kranken hunderte von Behandlungsstellen offen, wo sich jeder unentgeltlich behandeln lassen kann. Die Ärzte bekommen Salvarsan kostenlos zur Verfügung gestellt und ihre Blut- und mikroskopischen Untersuchungen können sie in eigens vom Staat eingerichteten Laboratorien durchführen. Wie hoch sich die Kosten für eine solche Art der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Überwachung derselben belaufen werden, kann sich jeder ausrechnen. Damit schaltet eine auch nur annähernde Angleichung des deutschen an das englische Prinzip aus. Lediglich der Freimut und die Sachlichkeit den Geschlechtskrankheiten gegenüber und der feste Wille zu helfen und zu heilen könnte ein gewisses Vorbild sein.

Die Verhältnisse in den Vereinigten Staaten sind so eingehend dargestellt worden, daß darauf nicht mehr näher eingegangen zu werden braucht. Auch hier ist es wieder vor allem die Erkenntnis, wie wichtig die intensive Schulung und Mitarbeit des Arztes ist. **In gemeinsamer Arbeit des Arztes und der Gesundheitsbehörden und anderer sozialer Vereinigungen, unterstützt durch die aufklärende Tätigkeit von Presse, Funk, Film und Schulen soll das Problem gelöst werden.** Das könnte auch den deutschen Medizinstudenten und Ärzten eine eindringliche Mahnung sein, sich zu schulen und starke Mitstreiter im Kampfe zu sein.

Am Schlusse der Arbeit möchte ich nicht verfehlen meinem verehrten Lehrer, Professor Dr. Josef Vonkennel, für die Unterstützung der Arbeit, die in gemeinsamem Streben aus der Arbeitsgemeinschaft „Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" entstanden ist, zu danken.

Literaturverzeichnis:

J. Bénesch: Zentralblatt für H. und Geschl.Krkh. Bd. 49, 1935, S. 77; Bericht, S. 378.

Blaschko: Hygiene der Geschlechtskrankheiten in: Weyl's Handbuch d. soz. Hygiene Bd. 3.

Cavaillon: Zentralblatt für H. und Geschl.Krkh. Bd. 49, 1935, S. 74.

Cheever, Austin W.: „The New England Journal of Medicine" 6. August 1936. Bericht.

Cook: Zitiert von A. W. Cheever. 6. August 1936. Bericht in „The New England Journal of Medicine" Boston.

Dallas und J. W. Williams: Zitiert bei J. Earle Moore; Reprint 22. from Venereal Disease Information. (U.S. Treasury Departement) 1930.

Draganescu: Zentralblatt für H. und Geschl.Krkh. Bd. 50 1935, S. 443. Bericht.

Emerson Haven: Siehe Thomas Parran.

Ferrabouc: Zentralblatt für H. und Geschl.Krkh. Bd. 51, 1935, S. 694, Bericht.

Godlewski Henri: Zentralblatt für H. und Geschl.Krkh. Bd. 49, 1935, S. 74. Bericht.

Gottschalk: Zentralblatt für H. und Geschl.Krkh. Bd. 53, 1936, S. 426.

„ „Sozialhygiene der Geschlechtskrankheiten" April 1937. Siehe George Ryley Scott.

Harrison L. W.: Effects of Venereal Diseases in „The Practitioner", London August 1936.

Hecht: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, im Handbuch der Geschlechtskrankheiten von Jadassohn.

Haustein: Geschlechtskrankheiten im Handbuch der soz. Hygiene, herausgegeb. von Gottstein, Schlossmann, Tekeley. Bd. 3.

Hellerström und Wassen: Zentralblatt für Haut- u. Geschl.Krkht. Bd. 50, 1935, S. 186, Bericht.

Hudson Ellis H. u. Susanne Crosby: „The Medical Journal of Australia". 13. Febr. 1937. Bericht.

Lomholt: Zentralblatt für Haut- und Geschl.Krkh. Bd. 52, 1936, S. 126. Bericht.

Lenz, F.: „Menschliche Auslese und Rassenhygiene" S. 48—60.

Leredde: Handbuch der mediz. Statistik von F. Prinzing S. 305—322.

Marthens J. Grant: „The Treatment of Gonorrhoe in Women." „The Urologie and Cutaneus Review" Febr. 1937.

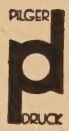
Maderna Candido: Zentralblatt für Haut- u. Geschl.Krkh. Bd. 49, 1935, S. 648. Bericht.

Moore J. Earle: „The Management of Syphilis in General Practice." Reprint Nr. 13. Venereal Disease Information (U.S. Public Health Service). 1929.

Moore J. Earle:	„Syphilis and the Wassermann Reaction in the private Practive of Obstetrics." Reprint Nr. 22 from Venereal Disease Information. 1930. (U.S. Public Health Service).
Merril Moore und Houston Merrit:	„Dementia paralytica at the Boston Psychopathic Hospital." In „The New England Journal of Medicine." 16. July 1936.
Navayaurao:	Zentralblatt für Haut- und Geschl.Krkh. Bd. 51, 1935, S. 463. Bericht.
Parran, Thomas:	„Why don't we stamp out Syphilis," in „Readers Digest", July 1936.
Peuillin:	„The Urologic and Cutaneus Review" März 1937. Bericht.
Rietz E.:	„Prevention of Veneral Disease in Schweden". In „Medical Times" Sept. 1936.
Snow W. F.:	„Sozialhygiene der Geschlechtskrankh." April 1937. Bericht.
Spiethoff:	Zentralblatt für Haut- und Geschl.Krkh. Bd. 51, 1935, S. 604. Bericht.
„	Bd. 52, 1936, S. 480. Bericht.
„	„Sozialhygiene d. Geschl.Krkh." April 37. Bericht.
Scott George Ryley:	„Sozialhygiene der Geschlechtskrankh." April 1937. Bericht. Siehe Gottschalk.
Stokes J. H.:	„The Medical Journal of Australia." 9. Jan. 1937. Bericht.
Stokes J. H.:	„The Control of Syphilis." In „The Journal of the American Medical Association". 2. Jan. 1937.
Steinwaller:	„Socialhygiene der Geschlechtskrkh." April 1937.
Sullivan E. Coppinger:	„The Doctors and early Syphilis." In „The New England Journal of Medicine" 20. August 1936.
Usilton Lida J.:	„Trend of Syphilis and Gonorrhea in the United States Based on treated Cases." Reprint Nr. 51. from Veneral Disease Information 1935. (U.S. Public Health Service).
Vonderlehr R. A.:	„The Administration of Syphilis Control Program." In „The Journal of the American Medical Association" 5. Sept. 1936.
Williams J. W.:	Zitiert bei J. E. Moore. Reprint Nr. 22. Venereal Disease Information 1930. (U.S. Public Health Service).
Young:	„Sphilis in Sweden and the U.S." In „The Urologic und Cutaneus Review". März 1937.

Lebenslauf.

Hans Carlheinz Sennhenn, geb. 17. November 1913 in Mühlheim a. d. Ruhr. Nach 3 Jahren Volksschule besuchte ich das Gymnasium in Mülheim a. d. Ruhr, wo ich nach 9 Jahren die Reifeprüfung im Februar 1932 bestand. Im März 1932 begann ich das Medizinstudium an der Universität Innsbruck. Zum Wintersemester 1932/33 immatrikulierte ich an der Universität München, wo ich 10 Semester verblieb. Die ärztliche Prüfung bestand ich am 11. Februar 1938.


PILGER
DRUCK